

Rapportage:

Analyse van drie casussen van de Kleine Schans met behulp van de Effectencalculator

Door: Joep Binkhorst

Inleiding

De gemeente Woudenberg en de zorgorganisaties MEE en Youké hebben met ingang van 1 januari 2018 een coöperatie opgericht, genaamd De Kleine Schans. De Kleine Schans is het Woudenbergse antwoord op de decentralisatie in het sociale domein. De coöperatie geeft uitvoering aan de Jeugdwet, de Leerplichtwet, de Participatiewet en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De coöperatie biedt ondersteuning aan inwoners van Woudenberg als het hen niet lukt om voor zichzelf te zorgen en mee te doen in de samenleving. Samen met de inwoner en zijn netwerk wordt dan gekeken naar wat nodig is om mensen zich goed te laten voelen en hen mee te laten doen in de eigen omgeving (Jaarplan De Kleine Schans, 2019). Door een integrale benadering van de vragen van inwoners wil De Kleine Schans maatwerk in de directe omgeving van mensen leveren.

De innovatie in het sociale domein die met de oprichting van De Kleine Schans is ingezet, heeft twee doelen. Het eerste doel is de mogelijkheden van alle inwoners van de gemeente Woudenberg om te participeren te bevorderen. Het tweede doel is om te komen tot meer integraal werken van professionals (zorgaanbieders), welzijnswerk, vrijwilligers, inwoners en mantelzorgers.

De verwachting is dat door deze innovatie zorg en welzijn nog beter op maat kunnen worden georganiseerd en inwoners met een ondersteuningsvraag beter worden bediend. De korte lijnen tussen de medewerkers die uitvoering geven aan de verschillende wetten in het sociale domein moeten zorgen voor maximale integrale inzet, ontschotting, en vermindering van zorgkosten en bureaucratie. De beoogde impact van de *innovatie* van de dienstverlening is:

- Samen met inwoners komen tot meer lokale, passende en integrale antwoorden op hun ondersteuningsvragen.
- Integrale aanpak van de ondersteuning.
- Minder inzet van specialistische zorg door het stimuleren van innovatie (inzet van preventieve activiteiten) en adequate zorgverlening (lichtere vormen van zorg).
- Inwoners kunnen meedoen in de samenleving en het netwerk is betrokken.
- Verbetering van de samenwerkingsrelaties tussen partners in het sociale domein.
- Het ontwikkelen van een vraaggerichte attitude bij de medewerkers.

Onderzoeksvraag

Onderzoekers verbonden aan Kennisplatform Utrecht Sociaal (kUS) voeren momenteel onderzoek uit naar dit innovatieproces en willen met het onderzoek in kaart brengen wat de bevorderende en de belemmerende factoren in de werkwijze van de verschillende bij De Kleine Schans betrokken partijen zijn, en in hoeverre die van positieve of negatieve invloed zijn op het behalen van de beoogde impact in het sociale domein in Woudenberg.

Deze deelvragen luidt: *In hoeverre draagt de werkwijze van de medewerkers van de Kleine Schans bij aan het behalen van de beoogde impact voor de inwoners met een ondersteuningsvraag en het behalen van de integrale benadering zoals die in de pilot beoogd wordt?*

In deze rapportage geven we antwoord op deze vraag aan de hand van een analyse van drie casussen.

Aanpak

Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van een variant op de Effectencalculator methodiek, een evaluatie-instrument dat zich in verschillende gemeenten reeds heeft bewezen. De Effectencalculator maakt het mogelijk om inzichtelijk te maken wat precies de kosten zijn van een bepaalde manier van werken in het sociale domein. Daartoe brengt de methodiek de kosten, financiële meerwaarde van een aanpak in kaart en de effecten voor de betreffende cliënt (bijvoorbeeld op diens kwaliteit van leven). De variant op de Effectencalculator zoals toegepast in dit onderzoek bestond uit de volgende activiteiten:

- Het *selecteren* door betrokken professionals van drie 'exemplarische' casussen die kenmerkend zijn voor de aanpak van de Kleine Schans. Er zijn voor dit onderzoek drie verschillende casussen geselecteerd waar, volgens de betrokken professionals, de beoogde impact tot uiting is gekomen.
- Een *focusgroep bijeenkomst* met de betrokken professionals¹ over de beginsituatie bij de start van de casus, het verloop van de casus en de afronding daarvan.
- Het door deze professionals *in kaart brengen* van de ondersteuning die de cliënt heeft ontvangen en het maken van een inschatting van het aantal uren ondersteuning dat zij de cliënt geboden hebben.
- Een *interview met de betrokken cliënten* door een onderzoeker van de hogeschool Utrecht om inzichtelijk te maken hoe de cliënt de ondersteuning vanuit de Kleine Schans en andere betrokkenen (zorgaanbieders, eigen netwerk, school etc.) heeft ervaren;

Vervolgens heeft een *kritische dialoogsessie* plaatsgevonden waarin:

De betrokkenen de drie casussen één voor één hebben doorgenomen. Hierbij is aandacht besteed aan: de uitgangssituatie van een cliënt, gebeurtenissen in het leven van een cliënt gedurende het traject, (professionele) ondersteuning of activiteiten die geboden zijn en het bijbehorende prijskaartje (dat wil zeggen: het aantal uren inzet en bijbehorende tarieven / kosten). Daarbij zijn twee situaties met elkaar vergeleken: de huidige situatie waarin de interventie is toegepast en een 'referentiesituatie' waarin de oude interventie / aanpak als uitgangspunt diende. In dit geval de aanpak in Woudenberg vóór de Kleine Schans vanuit een coöperatie is gaan werken. Hierdoor is een vergelijking gemaakt van de veronderstelde baten en kosten van beide situaties.

- Tot slot zijn de uitkomsten van bovenstaande activiteiten door een onderzoeker geanalyseerd om vast te kunnen stellen of, en in welke mate de beoogde impact ook gerealiseerd is, waarbij deze is vergeleken met de referentiesituatie.

Op basis van bovenstaande is de voorliggende rapportage gemaakt, bestaande uit een beschrijving van de situatie van de drie casussen, uitkomst van het traject, een weergave van de referentie aanpak, een berekening en visuele weergave van het kostenverloop van de drie casussen² en een samenvatting en conclusie.

¹ Er zijn bij deze focusgroep drie uitvoerende professionals en directeur / bestuurder van De Kleine Schans betrokken. Om organisatorische en agenda-technische redenen is het niet mogelijk geweest om meer professionals en deelnemers uit het netwerk van de cliënten te benaderen.

² Hiertoe is gebruik gemaakt van de Maatschappelijke prijslijst (samengesteld door de ontwikkelaars van de Effectencalculator + tarieven zoals beraamd door De Kleine Schans.

Casusbeschrijvingen

In dit onderdeel beschrijven we de drie casussen aan de hand van vier componenten: een situatiebeschrijving van het begin van de casus en het verloop, de uitkomst bij het afsluiten van de casus (of ten tijde van het analyseren), een beschrijving van de referentie aanpak: dat wat was gebeurd als de coöperatie niet was opgericht en tot slot een weergave van het kostenverloop van zowel de huidige aanpak als de referentie(s).

Casus 1

(Looptijd: juni 2019 – februari 2020)

Situatie

De eerste casus betreft een situatie van een meneer van rond de vijftig jaar (beginsituatie juni 2019). Meneer is recentelijk gescheiden en voelde zich daardoor mentaal erg slecht. Hij is van Amersfoort naar Woudenberg verhuisd waar hij antikraak is gaan wonen. Zelfstandig wonen was voor hem erg lastig. Via het Sociaal Team is hij in Amersfoort bij De Kleine Schans aangemeld. Het kostte wat tijd om een afspraak met de cliënt te maken. Hij wilde aanvankelijk ook geen hulp accepteren. Outreachend werken was daarom aanvankelijk niet gemakkelijk. Het eerste doel was dan ook om met de cliënt in contact te komen.

Meneer heeft bij aanvang van de casus geen inkomen, er is sprake van schulden en zijn gedrag laat zien dat er sprake is van een “ongezonde situatie, zowel psychisch als fysiek”. Een van de eerste activiteiten vanuit DKS was daarom om een wekelijks voedselpakket van de voedselbank en een uitkering te regelen. Daarnaast bleek dat meneer een “verstoord geheugen” heeft. Een exacte diagnose door onderzoek van verschillende ziekenhuizen kon echter niet worden gesteld (het onderzoek richtte zich onder meer op dementie en depressie). Door het ontbreken van een specifieke diagnose was het vinden van passende ondersteuning erg moeilijk.

De sociale professional van DKS lijkt het vertrouwen te winnen van de cliënt. Uiteindelijk is daarom voornamelijk de sociale professional van DKS permanent betrokken geweest. Desalniettemin blijft de cliënt gedurende het traject met negatieve emoties kampen: hij is onrustig, boos, gefrustreerd en verdrietig. Collega's raden de sociale professional daarom af om alleen naar meneer te gaan. Toch was de sociale professional van mening zelf in te kunnen schatten of de situatie ook voor haar gevaarlijk zou zijn. Haar inschatting was dat dit niet het geval was. Deze professionele ruimte werd haar dan ook gegeven.

In december 2019 lijkt de situatie slechter te worden. Hij ging agressief gedrag vertonen. Ook aan de balie van DKS en bij Werk en Inkomen. “Ik was eigenlijk de enige met wie hij geen problemen had”, aldus de sociale professional van DKS. Gedurende het traject zijn verder de volgende activiteiten ingezet:

- Er is een netwerkberaad georganiseerd. Een nichtje van meneer, ex-vrouw en kinderen van hem die waren op afstand betrokken (anderen in zijn netwerk hadden hem reeds de rug toegekeerd). Het netwerkberaad maakte het mogelijk om als DKS advies te geven aan familie en vrienden over hoe meneer ondersteuning zou kunnen krijgen en wat daarin de rol van het netwerk is (bijvoorbeeld omtrent wel of niet bieden van financiële ondersteuning). Ex-vrouw bood ook veel hulp. Hier was ook een casemanager dementie bij aanwezig.

- Hij leefde erg ongezond. Het huis was erg onhygiënisch door o.a. veel drinken en roken. Dat was gevaarlijk voor hem. Uiteindelijk bleek 24uurs toezicht daarom van belang. Er is een verzoek tot beschermd wonen ingediend, en dat is uiteindelijk ook met spoed goedgekeurd.

Uitkomst

Om de beginsituatie waarbij meneer hulp niet wilde aanvaarden te doorbreken, is door outreachend werken en door te proberen om contact te blijven leggen het uiteindelijk gelukt om meneer in beweging te krijgen. De woonsituatie (beschermd wonen) is door ondersteuning nu beter dan bij start van de casus. Doordat over de situatie van de cliënt snel met Werk en Inkomen gesproken kon worden was het mogelijk om toch een uitkering te regelen voor meneer. Zo kon worden voorkomen dat meneer financieel in de problemen zou komen.

Referentie

Ten aanzien van de referentie is besproken hoe de situatie van de cliënt zich had ontwikkeld als de sociale professional van DKS op oude werkwijze was doorgegaan.

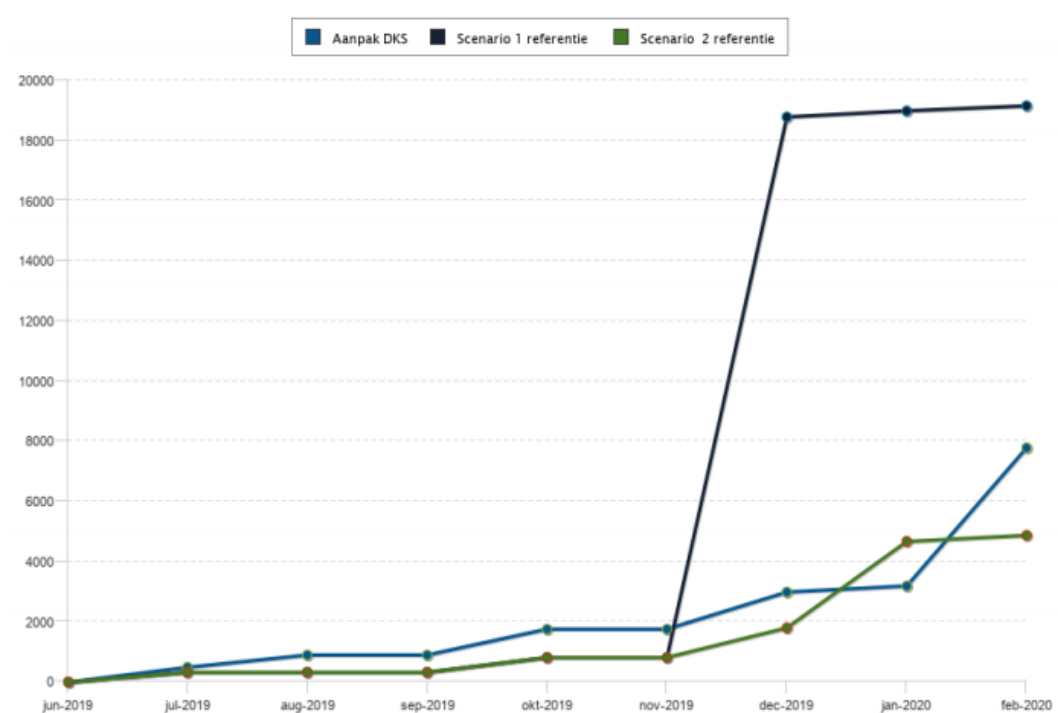
- Een van de verwachtingen die is uitgesproken is dat de uitkering van de cliënt vermoedelijk zou zijn stopgezet omdat er niet voortijdig de gelegenheid was geweest om de vertegenwoordiger van W & I in te lichten over de situatie van de cliënt. Er wordt nu met kortere lijnen gewerkt, en professionals weten elkaar sneller te vinden.
 - “Er was grote kans dat als W&I hier niet zat, dan was de uitkering stopgezet.” (...) Het niet nakomen van afspraken is normaal gesproken reden om uitkering stop te zetten.”
- Een ander scenario is dat meneer nog in verdere armoede terecht zou komen. Er was al sprake van schulden. Deze zouden zijn toegenomen, waardoor ook meneer meer agressiever zou worden. Politie zou betrokken worden. Dan moet hij bij de veiligheidsadviseur van gemeente besproken worden.
- Er zouden mogelijk “vrijheid beperkende maatregelen” genomen kunnen worden, een gedwongen opname was dan niet ondenkbaar. “Het had heel fout af kunnen lopen.”
- Het netwerk betrekken was in referentie ook gebeurd, zo wordt verondersteld. Dus daar zit geen wezenlijk verschil tussen feitelijke situatie en referentie. Wel is er een mogelijk verschil dat een aantal jaar geleden veel meer gestuurd zou zijn op de wijze waarop de betrokkenheid van het netwerk tot uiting zou moeten komen. Er zou sneller voor zijn gekozen om financiën door een externe partij over te laten nemen. “Nu geven we advies en leggen we de verantwoordelijkheid bij het netwerk.”

Als we kijken naar de effecten van de werkelijke aanpak in vergelijking met de referentie dan lijkt het erop dat er in de referentie aanpak minder ruimte was geweest om het vertrouwen van de cliënt te winnen, doordat de sociale professional voorheen niet alleen op pad zou zijn geweest. Ook was het beheer van de financiën niet door het netwerk in kaart gebracht maar zou dit uit handen zijn gegeven aan een professionele organisatie. Daarnaast speelt Werk en Inkomen in de referentie een minder cruciale rol: in de referentie situatie zou overleg en afstemming tussen de sociale professional en de vertegenwoordiger van Werk en Inkomen minder vanzelfsprekend zijn, zo wordt door de betrokkenen ingeschat. Dit betekent dat zoals hierboven beschreven, de uitkering zou zijn stopgezet waardoor de financiële problemen van de cliënt zouden zijn toegenomen.

Kostenverloop

Op basis van bovenstaande analyse van de casus kunnen we ook het kostenverloop in kaart brengen. Kosten zijn gebaseerd op tarieven zoals opgenomen in de Maatschappelijke prijslijst en tarieven zoals beraamd door De Kleine Schans.³ Het kostenverloop staat in onderstaande figuur weergegeven:

Kostenverloop per maand (cumulatief)



De grafiek laat zien dat er als onderdeel van de huidige aanpak met name sprake is van inzet vanuit de Kleine Schans. Dat zit met name in cliëntgebonden en overige uren. De twee alternatieve scenario's laten zien dat er in scenario 1 mogelijk sprake zou zijn geweest van een sterke achteruitgang van de mentale gesteldheid van de cliënt. Opname in een psychiatrische instelling zou dan noodzakelijk zijn geweest. De kosten voor de gemeente bij een GGZ-cliënt met ernstig psychiatrische aandoening (EPA) wordt in de maatschappelijke prijslijst op 17.000 geraamd (scenario 1). In het tweede scenario is deze opname niet meegenomen, maar zou er wel sprake zijn geweest van inzet politie. Op basis van delict bedreiging / overlast zou dit gepaard gaan met 2700,- op basis van de prijslijst).

Casus 2

(Looptijd: juni 2015 – nu)

³ Omdat het een indicatie betreft van het kostenverloop zijn de belangrijkste / onderscheidende kostenposten meegenomen. Dit wil zeggen: als een kostenpost in zowel huidige aanpak als in de referenties terugkomen, is dit tegen elkaar 'weggestreept' en niet in de grafiek opgenomen.

Situatie

Deze casus betreft een vrouw van nu 45 jaar. Vanuit een GGZ-instelling - dat geen deel uitmaakt van de coöperatie DSK - is deze vrouw destijds aangemeld. Na herindicatie is echter besloten – op aandringen van DKS - om de gespecialiseerde zorg af te schalen naar ambulante begeleiding door het Sociale team van DKS. De Kleine Schans pakte de praktische begeleiding op en bood ondersteuning bij het opzetten van het dagelijkse leven. Wel heeft een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige van deze GGZ-instelling in het begin van de casus elke zes weken gesprekken gevoerd met mevrouw.

Mevrouw heeft te maken gehad met psychoses. Moeder overleden, op het werk ging het niet goed. Het ging toen erg slecht met mevrouw. Ondersteuning vanuit DKS was aanvankelijk erg kort en vond elke twee a drie weken plaats. Er is door De GGZ-instelling vervolgens gezocht naar mogelijke diagnose, bijvoorbeeld autisme. Recentelijk is gebleken dat dat niet het geval is. Ze heeft wel een taalachterstand. Mogelijk gaat ze nu logopedie doen. Dat pakt cliënt nu zelf op. “Wij denken vooral mee met de cliënt.”

Doelen van het traject zijn na verloop van tijd aangepast en de rol van professional is gaandeweg veranderd. Aanvankelijk had de professional een trekkende rol. Zij nam de cliënt mee aan de hand. In eerste instantie had de cliënt dit nodig. De begeleiding is erop gericht geweest de zelfstandigheid te vergroten wat gaandeweg ook is gerealiseerd.

Mevrouw is vrijwilligerswerk gaan doen. Dat heeft mevrouw meer structuur in het leven geboden. Nu pakt ze zaken veel zelfstandiger op.

Uitkomst

Mevrouw woont momenteel zelfstandig in een recreatiewoning in Voorthuizen en is begonnen meer dingen over zichzelf te onderzoeken: Wie ben ik? Wat kan ik? Ze voelt zich nu veel zekerder. De sociale professional heeft nog vooral een adviserende rol. Deze contacten zijn laag in frequentie.

In een interview met mevrouw geeft zij aan dat ze er door de ondersteuning van DKS op mentaal niveau op vooruit is gegaan. Ook fysiek zit ze nu beter in haar vel, al stelt mevrouw dat ze dat op eigen kracht heeft bewerkstelligd. Op sociaal vlak geeft zij aan dat ze “opener” is ten opzichte van een jaar geleden. “Ik geef mijn mening en praat vrijuit. Dat was eerst niet zo.” Tegelijkertijd geeft mevrouw in het interview aan dat nog altijd graag “de oude” wil zijn, maar dat dat niet gaat. Het aangeven van grenzen is nog steeds lastig.

Referentie

In de ‘oude situatie’, ter referentie, zou de GGZ-instelling niet hebben afgeschaald naar De Kleine Schans. Dit zou betekenen dat ook het karakter van de geboden ondersteuning in dat geval anders zou zijn geweest. De situatie was minder ‘genormaliseerd’ ten opzichte van de huidige aanpak. Als verklaring hiervoor geven de betrokkenen aan dat GGZ instellingen minder gericht zijn op het benutten van het netwerk en de eigen kracht van de cliënt. Het bieden van ondersteuning gebaseerd op ‘vertrouwen’ zou in dit scenario minder voor de hand liggen, zo wordt door de aanwezigen verondersteld.

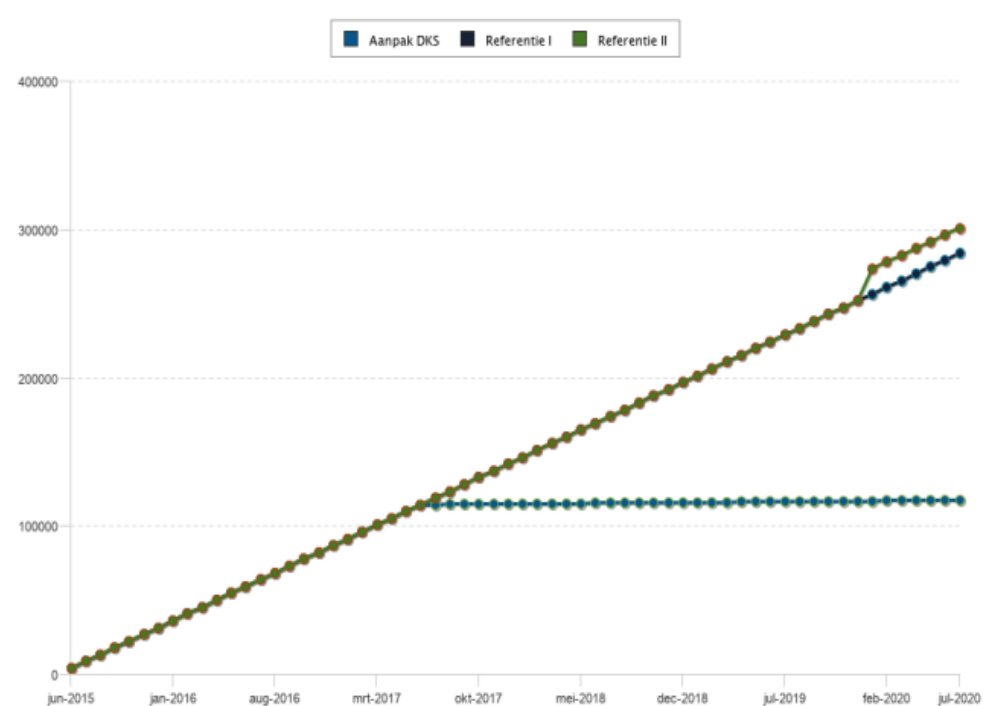
De verwachting is, gebaseerd op ervaringen met de betreffende GGZ-instelling, dat deze zou hebben ingezet op beschermd wonen en dat dit gedurende het hele traject gecontinueerd zou zijn. Mevrouw was in dat geval mogelijk niet aangemoedigd om zelfstandig te gaan wonen. Er wordt met de mogelijkheid rekening gehouden dat mevrouw opnieuw een psychose zou krijgen en dat zij in dat geval bij de crisisdienst terecht zou komen. Dit scenario is aannemelijk volgens de betrokkenen omdat ze

minder in haar kracht zou zijn gezet. Het oplossend vermogen zou aan GGZ-hulp gekoppeld zijn gebleven. Nu heeft mevrouw veel meer opties om met perioden waarin het minder gaat om te gaan.

Kostenverloop

Op basis van bovenstaande analyse van de casus kunnen we ook het kostenverloop in kaart brengen. Kosten zijn gebaseerd op tarieven zoals opgenomen in de Maatschappelijke prijslijst en tarieven zoals beraamd door De Kleine Schans. In deze casus zien we met name verschil in kosten die gepaard gaan met het langer begeleid wonen. Zie figuur 2 hieronder:

Kostenverloop per maand (cumulatief)



Op basis van de gesprekken met de betrokken professionals en de cliënt kan worden verondersteld dat mevrouw bij de oude manier van werken niet was aangemoedigd om zelfstandig te wonen, wat het grootste verschil in kostenverloop tussen de huidige aanpak en de referentie laat zien. Daarnaast zijn kosten van ambulante ondersteuning vanuit specialistische hulp duurder dan wanneer DKS dit uitvoert (dit is echter op grafiek niet goed te zien door trajectduur/schaalgrootte). Het tweede scenario houdt rekening met de mogelijkheid dat bij deze casus sprake zou zijn een psychische terugval waarbij een (gedwongen) opname noodzakelijk zou zijn, hetgeen gepaard zou gaan met nog hogere kosten.

Casus 3

(Looptijd: mei 209 – nu)

Situatie

Dit meisje werd toen zij 14 jaar was in juni 2019 via de huisarts naar De Kleine Schans verwezen omdat zij faalangstklachten had. Daar wilde zij vanaf om bijvoorbeeld toets momenten op school beter te kunnen doorstaan, of haar vinger te durven opsteken in de klas. Bij aanvang van de casus liet het meisje

in eerste instantie weten waar haar faalangstklachten vandaan kwamen. De sociale professional en cliënt zijn er mee aan de slag gegaan, o.a. doormiddel inzet van het 5-G schema (Gebeurtenis - Gedachten - Gevoelens – Gedrag- Gevolgen). Ze kwamen er gaandeweg achter dat de klachten vanuit haar familie ontstaan zijn. Door 'ervarend leren' heeft ze geoefend met nieuw gedrag. Ze heeft geleerd meer zeker te zijn van haar situatie. Dat heeft haar geholpen meer zeker te zijn van zichzelf. De sociale professional is samen met de cliënt met FACT in gesprek gegaan over psychische stoornis van haar vader. Ook zijn er gesprekken geweest met de moeder van het meisje, en later ook met haar tante. Dat gaf de cliënt ook nieuwe inzichten.

Gaandeweg werden de faalangstklachten minder. Na de zomer voelde ze zich veel sterker. Het werd steeds duidelijker dat de klachten trauma gerelateerd zijn. Aanvankelijk werd er voor gekozen om daar niet dieper op in te gaan, en heeft de cliënt meegedaan aan de meiden training. In gesprek nadien is er wel voor gekozen om met dit trauma aan de slag te gaan omdat ze merkte dat dit erg tussen haar en haar ouders in stond. Inmiddels staat ze in de wachtlijst voor De Rading voor een trauma onderzoek.

Uitkomst

De uitkomst, zo blijkt ook uit het interview met de cliënt, is voor haar een "enorm" mentaal verschil met de situatie van een jaar geleden. Ze zegt: "Ik zit nu beter in mijn vel, ben minder onzeker." Ook fysiek merkt zij dit. Ze stelt: "In stressmomenten had ik vaak dat ik begon te trillen, of hyperventileren, maar dat is nu totaal niet meer." Ook op sociaal niveau en op school ervaart ze nu minder angst.

Referentie

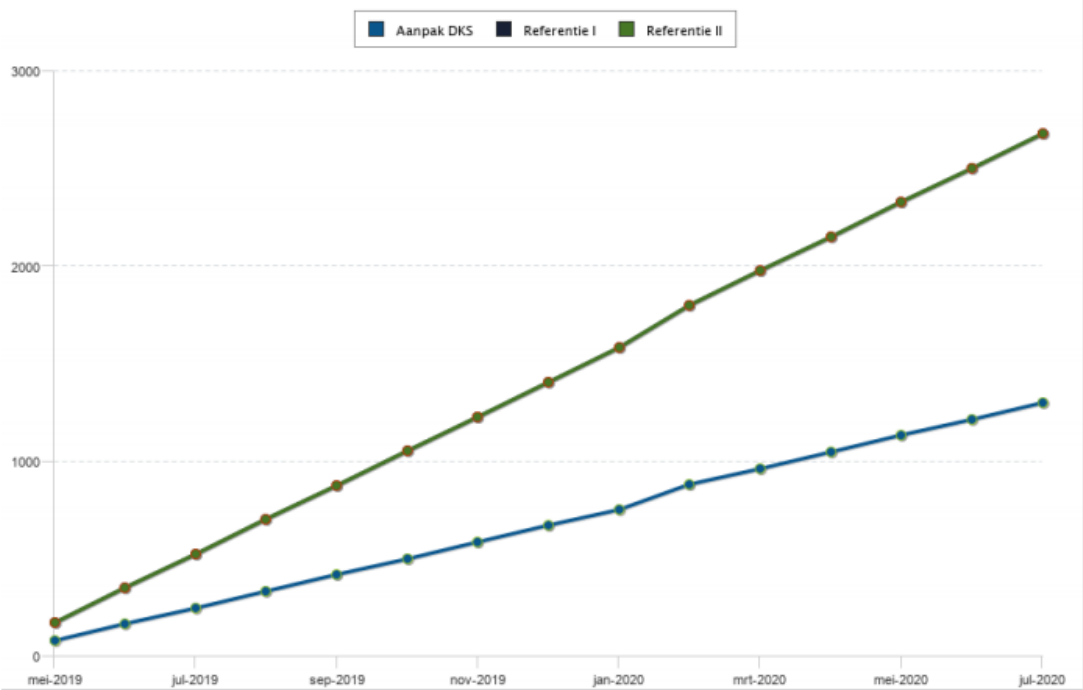
De huisarts had een beschikking afgegeven, vermoedelijk naar de GGZ-instelling (en dus niet naar DKS). Dat had betekend dat DKS de cliënt in die periode niet had gezien.

De verwachting was dat De GGZ-instelling uiteindelijk ook resultaten had kunnen boeken met deze cliënt. Maar, zo wordt verondersteld, dit effect zou waarschijnlijk minder duurzaam zijn geweest. Onder meer omdat je niet het externe netwerk zou betrekken, en omdat je meer 'problematiseert' in plaats van 'normaliseert'. Daarmee wordt bedoeld dat de GGZ een meer langdurig traject gestart had. De betrokken professional legt uit dat er minder hulp dichtbij geleverd zou zijn met daarbij minder contact met de nabije omgeving. De professionals verwacht dat de aanwezigheid van GGZ de hulpvraag "problematiseert", waardoor er door de inwoner en haar gezin minder wordt gekeken naar het leren omgaan met problemen. Ook verwacht de professional dat er in de referentie situatie minder snel contact gelegd met de GGZ hulpverlening van vader.

Kostenverloop

Op basis van bovenstaande analyse van de casus kunnen we ook het kostenverloop in kaart brengen. Kosten zijn gebaseerd op tarieven zoals opgenomen in de Maatschappelijke prijslijst en tarieven zoals beraamd door De Kleine Schans. In deze analyse is één alternatief scenario meegenomen (in onderstaande grafiek zijn referentie I en II gelijk). Er zou in de referentie situatie vermoedelijk geen ambulante begeleiding vanuit de Kleine Schans hebben plaatsgevonden, maar vanuit De GGZ-instelling. De tarieven van deze instantie liggen hoger dan die van De Kleine Schans. Dit maakt dat in deze casus de kosten van de referentie situatie hoger zouden zijn uitgekapt.

Kostenverloop per maand (cumulatief)



Samenvatting en conclusie

De drie casussen die met een variant op de Effectencalculator methodiek geanalyseerd brengen een aantal inzichten naar boven. In deze paragraaf vatten we deze inzichten samen en geven we antwoord op de vraag in hoeverre de werkwijze van de Kleine schans bijdraagt aan het behalen van de beoogde impact voor de inwoners met een ondersteuningsvraag en het behalen van de integrale benadering zoals die in de pilot beoogd wordt. Op basis daarvan trekken we een aantal conclusies.

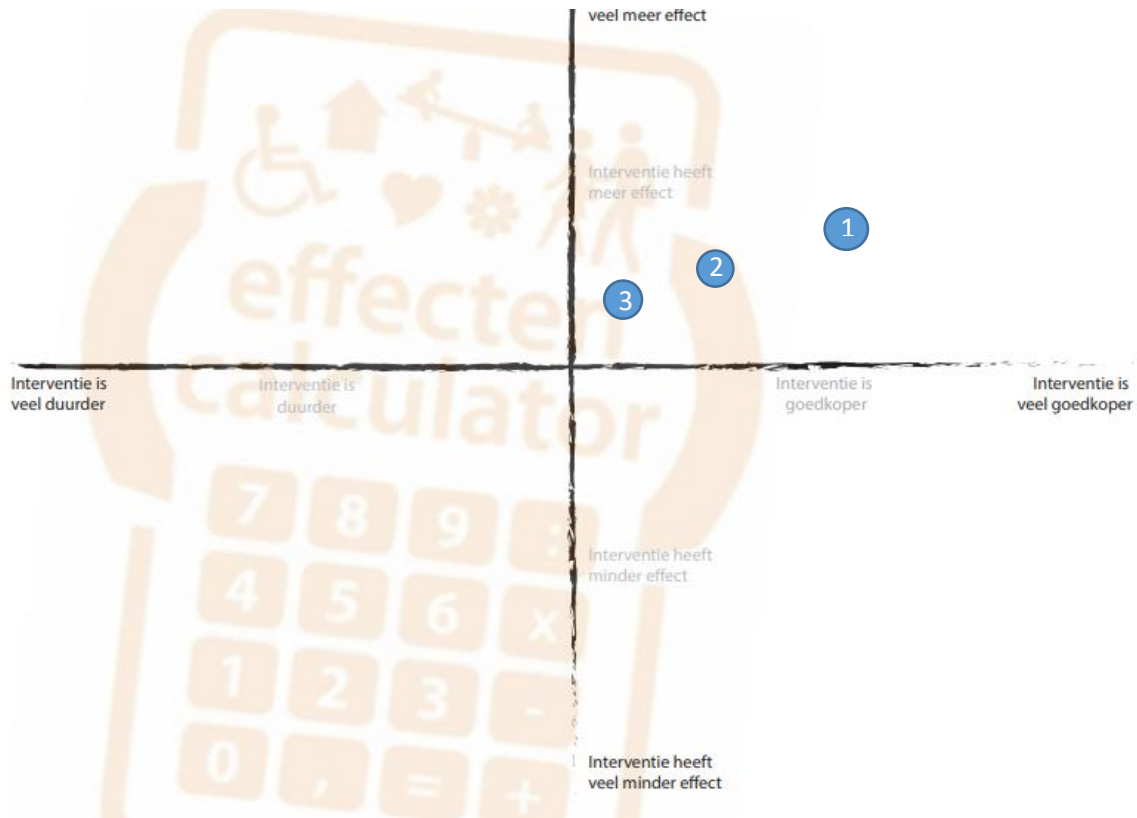
Om te beginnen illustreren de casussen hoe de nauwere samenwerking vanuit de coöperatie met onder meer de huisarts en Werk en Inkomen DKS leiden tot andere beschikkingen. Deze worden in de huidige situatie sneller richting DKS afgegeven, in plaats van naar specialistische hulpverlening / zorgaanbieders. Dit betekent dat een traject nu korter kan duren. Dit komt omdat een traject ingezet door een zorgaanbieder vaak voor een half jaar, dan wel een jaar wordt ingezet. DKS daarentegen werkt meer kort cyclisch: voor bijvoorbeeld acht tot tien sessies, waarna opnieuw wordt bekeken of er nog ondersteuning nodig is. Als verklaring hiervoor wordt aangegeven dat er bij De Kleine Schans sprake is van een ander verdienmodel dan in bijvoorbeeld de GGZ gangbaar is, waar een organisatie betaald wordt voor het aantal sessies dat men doet. Het is voor dergelijke zorgaanbieders dus aantrekkelijker om het aantal sessies zo hoog mogelijk te ramen om zo zoveel mogelijk uren te kunnen declareren. DKS wordt niet op deze wijze gefinancierd, waardoor zij, indien men ondersteuning niet meer nodig achten, deze niet meer hoeven te bieden.

Toch laten de casussen niet direct zien dat een traject, afgezet tegen de referentie situatie korter duurt. De betrokkenen illustreren dat de huidige aanpak vooral op inhoudelijk vlak anders is, dan wanneer een traject zou zijn geschikt naar een andere zorgaanbieder. DKS is meer gericht op 'normaliseren', vertrouwen winnen en inzetten van de eigen kracht. Ook zet DKS meer in op het betrekken van het netwerk. De verwachting is volgens de betrokkenen daarmee dat de situatie van cliënten daardoor stabiel kon blijven (casus 1), of kon verbeteren gedurende de periode dat de cliënt begeleid is (casus 2 en 3). Daarmee lijkt deze aanpak wel effectiever (op indicatoren als meer vertrouwen bij de cliënt, versterken van eigen kracht en netwerk).

Dit inhoudelijke verschil in aanpak, tussen DKS en andere zorgaanbieders, dragen de betrokkenen aan ter onderbouwing voor scenario's in de referentie situatie waarbij zij verwachten dat de situatie van de cliënt mogelijk hard achteruit was gegaan, met negatieve gevolgen voor de cliënt. Zo wordt onder meer kans op terugkerende psychoses genoemd, agressief gedrag of een onhoudbare ongezonde leefstijl. Dit zou gepaard gaan met hogere kosten. Door in te zetten op het 'normaliseren' van de situatie waarin de cliënt verkeert kon dit voorkomen worden, zo wordt betoogd.

Als we kijken naar de *beoogde impact* van de innovatie van de dienstverlening is dan zien we de meeste aandachtspunten (zie inleiding) in deze casussen terug. De belangrijkste verschillen in de huidige aanpak en de aanpak in de referentie situatie lijkt dus een verschil op inhoudelijk vlak te zijn. Waarbij de huidige aanpak meer vraaggericht en in samenspraak met inwoners tot stand lijkt te komen. Ook ligt de nadruk in de huidige aanpak meer op benutten van het netwerk, inzetten op eigen kracht, kunnen 'meedoen in de samenleving' en een focus op 'normaliseren'. Op organisatorisch vlak zit het verschil in de gelegenheid die er in de huidige situatie is om vanuit de locatie van de Kleine Schans snel te schakelen met andere partijen, zoals werk en inkomen, hetgeen de beoogde integrale aanpak ten goede lijkt te komen. Ook het voortijdig 'afvangen' van beschikkingen waarbij de huisarts sneller naar DKS verwijst in plaats van een specialistische vorm van ondersteuning is een verschil tussen de huidige en oude aanpak. In dat verband nog wel de vraag of de samenwerkingsrelatie tussen de verschillende partners in het sociale domein (met name de GGZ) verbeterd is.

Op basis van de gesprekken met de betrokkenen kan worden geconcludeerd dat een traject nu enerzijds meer effect heeft (op indicatoren als meer vertrouwen bij de cliënt, versterken van eigen kracht en netwerk) en mogelijk ook goedkoper is doordat enerzijds erger voorkomen wordt of dat door het inzetten op zelfstandigheid de cliënt meer zelfredzaam zou worden en minder afhankelijk van zorg of begeleiding. Daarmee kunnen we drie casussen als volgt visueel weergeven:



Tot besluit

Het doel van de Kleine Schans, om de eigen mogelijkheden van mensen en hun netwerk te benutten en pas daarna gebruik te maken van de vrijwillige inzet en de basisinfrastructuur lijkt in deze casussen dan ook gerealiseerd. Ook zien we kenmerken van de integrale benadering hierin terug en - afgaande op de analyse van de betrokkenen en de interviews met de betreffende cliënten - draagt de aanpak ook bij aan het beantwoorden van de ondersteuningsvraag van de cliënten.

Omdat we in dit onderzoek slechts drie casussen hebben kunnen analyseren zijn deze uitkomsten uiteraard als 'indicatief' te interpreteren. Meer casussen zouden geanalyseerd moeten worden om bovenstaande met meer zekerheid te kunnen vaststellen. Ook dient te worden opgemerkt dat de selectie van casussen mogelijk van invloed is geweest op de uitkomsten. Ten slotte is het in dit onderzoek niet mogelijk geweest om naast betrokkenen vanuit de Kleine Schans ook andere instellingen en mensen uit het netwerk te betrekken. Dit kan eveneens van invloed zijn op de wijze waarop de dialogosessie verlopen is en daarmee de conclusies die men er aan verbindt.